

Vilkas alakoululainen

– tapauksen ratkaisu

Vilkas ja impulsiivinen 7-vuotias poika tuli vastaanotolle koulussa ilmenneiden keskittymisvaikeuksien vuoksi. Hyväkuntoisella pojalla ilmeni motorista levottomuutta. Verikokeiden tulokset eivät edellyttäneet toimenpiteitä.



Koulusta oli kantautunut viestiä monista haasteista. Keskittymiseen liittyi ongelmia: poika reagoi nopeasti ja hänen impulssinsa olivat voimakkaita. Hänellä ilmeni myös jatkuva tarvetta liikkua.

Poika oli ohjattu koulupsykologin tutkimuksiin. Hän oli yleensä terve, lukuun ottamatta atooppista ihottumaa. Hänellä oli myös taipumus saada kuumekouristuksia, ja hän oli käynyt niiden takia lastenneurologin tutkimuksissa.

Vastaanotolla potilaan yleistila oli erinomainen. Sydämen kuuntelututkimuksessa ei kuulunut sivuääniä ja hengityksen äänet olivat puhtaat. Vatsan palpaatiossa ei todettu poikkeavaa ja suoliäänet olivat tavalliset.

Potilaaseen oli helppo saada kontakti. Hän jutteli ja kyseli paljon. Ahtaassa vastaanottohuoneessa hän vaelteli vain vähän. Muuta liikehtimistä ilmeni, kuten raajojen heiluttelua istuessa. Poika pyrki tarkastelemaan ja tutkimaan vastaanottohuonetta laajasti.

Verkosta poimittua

”Joka ekaluokallahan tuommoisia nassikoita oli, ja ihmisiä useimmista tuli”, huomautti yksi verkkolääkäri. Toinen kaipasi lisätietoa sisarusten lukumäärästä ja äidin synnytysistä. Verkossa muistutettiin, että ”älykyys, liian tyhmä tai liika viisas keskinkertaisuuksiin orien-

MITEN SINÄ HOITAISIT

Miten sinä hoitaisit -palsta esittelee kliinisen tapauksen, jota lukijat voivat kommentoida Fimnetin keskustelutaululla www.fimnet.fi. Poimintoja keskustelusta esitetään tapauksen ratkaisuosassa.

Työryhmä: Nina Kaseva, Mikael Kuitunen, Mika Laitinen, Anneli Lauhio, Jarkko Suomela

toituneelle kasvatukselle” voisi heijastua käytökseen kouluympäristössä. Kola- ja energiajuomien mahdollinen kulutus tulisi selvittää, kollega pohti.

Toisaalta pidettiin mahdollisena, että taustalta löytyisi jotain yllättävääkin. ”Onko jokin geenii poikittain?”. Lisätietoa kaivattiin kasvu- ja painokäyrästä sekä dysmorfisista piirteistä. Eräs verkkolääkäri ehdotti psykologin arviota. Potilaamme oikean diagnoosin jäljillekin päädyttiin. ”Nythän tuommoinen herkästi tulkitaan stimulanttien puutetilaksi.” Verkossa peräänkuulutettiin ”ymmärrystä, kannustusta ja tarpeeksi tekemistä”. ”Monet eri ammatit pursuavat näitä entisiä vilkkaita alakoululaisia – myös tietyt lääkäreiden alalajit”, totesi verkkolääkäri.

Potilaan jatkovaiheet

Verikoetuloksia odotellessa pojan tutkimukset koulupsykologilla jatkuivat. Pääteltäytaitojen todettiin olevan ikätason keskitasoa. Pojalla oli merkittäviä

hankaluuksia tarkkaavuudessa ja toiminnanohjauksessa, työmuistin kapeutta, hienomotorista työläyttä ja lieviä vaikeuksia lukutaidoissa. Löydösten vuoksi hän siirtyi koulupsykologin konsultation kautta lastenpsykiatrian yksikköön jatkotutkimuksia ja hoitoa varten. Sitä ennen häneltä tarkistettiin vielä sydänfilmi lastenpsykiatrin toiveen mukaisesti. Lepo-EKG oli normaali.

Potilas tapasi vanhempiensa kanssa lastenpsykiatrin ja erikoissairaanhoitajan, ja koulun kanssa järjestettiin konsultaatiotapaaminen. Sekä vanhemmat että opettaja täyttivät ADHD-Rs-oireseulan. Poika oli pienestä pitäen ollut kovin vilkas. Yhteisleikit ikäisten kanssa olivat olleet haastavia, ja aikuisen lisätuki oli usein tarpeen.

Rutiinit ja ennakointi olivat potilaalle tärkeitä, ja hän reagoi voimakkaasti muutoksiin. Koulussa poika oli itse havahtunut oireisiin ja alkanut pohtia, onko hänessä jotain vikaa. Levottomuus haittasi koulutyöskentelyä ja sosiaalisia suhteita merkittävästi.

Esitietojen, havaintojen ja oirekyselyiden perusteella (1) potilaalla todettiin aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD) (taulukko 1). Kun laajoista tukitoimista (mm. tehostetun tuen opetus) ei ollut riittävästi apua, päätettiin kokeilla metyylifenidaattilääkitystä (Medikinet CR). Tähän sekä vanhemmat ja potilas olivat halukkaita.

Lääkityksen alettua pojan käytös muuttui rauhallisemmaksi. Hän jaksoi esimerkiksi istua ruokapöydässä ruokailun loppuun saakka, ja itsenäiset leikkihetket onnistuivat paremmin. Sivuvai-
kutuksina ilmeni lieviä vatsavaivoja ja päänsärkyä. Verenpaine ja syketasot pysyivät tasaisina kotiseurannassa.

Lääkityksen jatkuessa ilmeni edelleen uhmakkuutta, riitoja kotona ja impulsiivisuutta, joten metyylifenidaattilääkitystä lisättiin asteittain annostukseen 30 mg 1 x 1. Näin keskittyminen ja työskentely paranivat, mutta potilaan ruokahu-
hu heikkeni, mikä on tyyppillinen sivuvaikutus.

Ruokahaluttomuus heijastui painonkehitykseen. Kun paino oli laskenut 2 kg, kotona ryhdyttiin vahvistamaan ruokaa öljylisällä. Nukahtamista helpottamaan potilaalle aloitettiin melatoniinihoito 1 mg 1 x 1. Vanhemmat ohjattiin ADHD-lasten vanhemmille suunnatulle viiden tapaamiskerran kurssille, jossa jaettiin tietoa ADHD:sta sekä opetettiin käytännönläheisiä strategioita helpottamaan arkea ja vähentämään ristiriitoja.

Alkuvaiheen hyvän lääkevasteen jälkeen lääkehoidon teho hiipui, ja pojan levottomuus sekä iltaan painottuva impulsiivisuus lisääntyivät 4 kuukauden metyylifenidaattilääkityksen jälkeen. Tällöin päädyttiin kokeilemaan metyylifenidaattia depottablettina (Concerta) 36 mg 1 x 1 sekä seuraavaksi Concerta 36 mg 1 x 1 ja Medikinet 5 mg 1 x 1 aamuisin.

Puoli vuotta ADHD-diagnoosista potilaalla ilmeni edelleen arkea hankaloittavaa impulsiivisuutta, voimakasta levottomuutta, ”itikupotkuraivareita”, tapaturma-alttiutta ja motorista levottomuutta. Lääkitys vaihdettiin lisdeksamfetamiinidimesilaattiin (Elvanse) 30 mg 1 x 1. Lisäksi potilas ohjattiin henkilökohtaisille psykoedukatiivisille tapaamisille sairaanhoitajan kanssa. Aikaisemmin potilas oli kieltäytynyt niistä.

Näillä toimilla saatiin hyvä hoitovaste sekä koulussa että kotona. Koulussa työskentely isossa ryhmässä, siirtymät luokasta ruokailuun jne. sujuivat hyvin. Illat etenivät rauhallisemmin, ja aiemmin lääkevaikutuksen vähenemiseen liittyneet ärtyisyys ja raivarit jäivät pois. Melatoniini oli edelleen tarpeen nukah-
tamisen tukena, ja ruokahalu normalisoitui.

Lastenlääkärin kommentit

Levottomuuden ja vilkkauden taustalta paljastuu somaattinen sairaus vain harvoin. Usein vanhemmat kuitenkin toivovat juuri niiden poissulkemista, ennen kuin he ovat valmiita etene-
mään psykiatriseen diagnostiikkaan. Toki esimerkiksi veren pieni glukoosipitoisuus, hypertyreosi ja raudanpuute voivat vaikuttaa keskittymiskykyyn tai käytökseen. Myös heikko näkö tai kuulo vaikeuttaa opetuksen seuraamista, mikä saat-
taa heijastua lapsen käyttäytymiseen. Kipu, unettomuus ja vaikkapa atooppisen ihottuman aiheuttama kutina tulee hoitaa, kuten muut mahdolliset perussairaudet. Näistä keskustel-
lemme perheiden kanssa.

Kun lapselta on diagnosoitu ADHD, voidaan vähintään 6-vuotiaalle harkita lää-
kityksen aloittamista, ellei muilla tukitoimilla saada riittävää vastetta (1,2). Ennen lää-
kityksen aloitusta tutkitaan potilaan kardiovaskulaarinen tila, mukaan lukien verenpaine, syke ja sydänfilmi. Lisäksi kirjataan pituus ja paino lähtötilanteessa. Hoidon aikana lapsen kasvua, sykettä, verenpainetta ja hoitovastetta seurataan säännöllisesti. Hoidon aloittaa ja sitä valvoo taudin hoi-
toon erikoistunut lääkäri, kuten lasten- tai nuorisopsykiatri.

Neuropsykologin kommentit

Koulupsykologin tutkimustulokset ADHD:stä olivat hyvin tyyppilliset: etenkin tarkkaavuuden ja toiminnanohjauk-

sen ongelmat sekä muistivaikeudet ovat yleisiä (2). ADHD:hen liittyy usein myös tunne-elämän ja sosiaalisten suhteiden vaikeuksia.

ADHD-diagnoosin määrittämiseen (taulukko) ei tarvita psykologin tai neuropsykologin tutkimuksia, eivätkä tyy-
pilliset vaikeudet välttämättä tule esiin tutkimustilanteessa, joka on usein vah-
vasti jäsennetty. Silti psykologin tai neuropsykologin tutkimuksista saa monesti tärkeää tietoa kuntoutuksen suunnitte-
luun.

Olennaista on selvittää lapsen vahvuudet (tässä mm. keskitasoinen kognitiivinen taitotaso), missä asioissa hän tarvitsee tukea (tässä mm. tarkkaavuuden säätely ja oman toiminnan ohjaaminen) ja onko lapsella muita esimerkiksi oppimiseen tai tunne-elämään liit-
tyviä vaikeuksia.

Lukivaikeus on melko yleinen lapsilla, joilla on ADHD (3). Siksi on hyvä selvittää, onko taustalla lukivaikeudelle tyyppisiä nimeämisen tai äänneproses-
soinnin vaikeuksia vai liittyvätkö luku-
taidon ongelmat enemmän tarkkaavuuden vaikeuksiin ja hätäilevään työskentelytyyliin. Tätä voi selvittää tarkemmin joko kokenut koulupsykologi tai neuropsykologi.

Kun lapsella on ADHD, hän joutuu usein negatiivisen palautteen kierteseen, joka liittyy hänen keskittymisvaikeuksiinsa ja impulsiiviseen käyttäytymiseensä. Nämä vaikeudet vaikuttavat laajasti koulunkäyntiin, sosiaalisiin suhteisiin, itsetunnon kehitykseen ja mieli-
alaan. Kun kyse on pienistä lapsista, aikuisten rooli on merkittävä. Psykoed-
kaatiota on siksi tärkeää tarjota mm. vanhemmille ja opettajille (1,2). Lapsen itsetuntoa voi tukea se, että aikuinen ymmärtää hänen vaikeuksiaan ja pystyy auttamaan häntä tulemaan toimeen niiden kanssa.

On tärkeää huomioida lapsen kehitys-
taso ja näkökulma, kun hänen kanssaan aletaan keskustella ADHD-diagnoosista. Lapsen kanssa voi keskustella vaikeuk-
sista, mutta nimenomaan vaikeuksista, joita hän on ehkä itse tuonut esiin. Eri-

Erityisen tärkeää on keskustella myös lapsen vahvuuksista.

ADHD:n ydinoireet

Ydinoireita ovat keskittymiskyvyttömyys, yliaktiivisuus ja impulsiivisuus. Diagnostiset kriteerit ICD-10:n mukaan.

Keskittymiskyvyttömyys:

≥ 6 oiretta, oireiden kesto ≥ 6 kuukautta, oireet ovat haitaksi ja kehitystasoon nähden poikkeavia

1. Huomion kiinnittäminen riittävän hyvin yksityiskohtiin epäonnistuu usein, tai potilas tekee huolimattomuusvirheitä koulussa, työssä tai muissa tehtävissä
2. Keskittyminen leikkeihin tai tehtäviin epäonnistuu usein
3. Potilas ei usein näytä kuuntelevan, mitä hänelle puhutaan
4. Ohjeiden noudattaminen ja koulu-, koti- tai työtehtävien valmiiksi tekeminen epäonnistuvat usein (ei johdu uhmakkaasta käytöksestä tai kyvyttömyydestä ymmärtää ohjeita)
5. Kyky järjestää tehtäviä ja toimintoja on usein huonontunut
6. Potilas välttelee usein tai kokee voimakkaan vastenmielisiksi tehtävät, jotka vaativat psyykkisen ponnistelun ylläpitämistä, kuten läksyt
7. Potilas kadottaa usein esineitä, jotka ovat tärkeitä tietyissä tehtävissä ja toiminnoissa, kuten koulutavaroita, kyniä, kirjoja, leluja tai työkaluja
8. Potilas häiriintyy usein helposti ulkopuolisista ärsykkeistä
9. Potilas on usein muistamaton päivittäisissä toiminnoissa

Yliaktiivisuus:

≥ 3 oireista on kestänyt ≥ 6 kuukautta, oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia

1. Potilas liikuttelee usein levottomasti käsiään tai jalkojaan tai vääntelehtii tuolillaan
2. Potilas lähtee usein liikkeelle luokassa tai muualla tilanteissa, joissa edellytetään paikalla pysymistä
3. Potilas juokselee tai kiipeilee usein tilanteissa, joissa se ei kuulu asiaan (nuorilla voi ilmetä pelkkänä levottomuuden tunteena)
4. Potilas on usein liiallisen äänekkäs leikkiessään tai ei onnistu paneutumaan hiljaa harrastuksiin
5. Potilas on motorisesti jatkuvasti liian aktiivinen, eikä aktiivisuus oleellisesti muutu sosiaalisen ympäristön mukaan tai ulkoisista vaatimuksista

Impulsiivisuus:

≥ 3 oireista on kestänyt ≥ 6 kuukautta, oireet ovat haitaksi ja lapsen kehitystasoon nähden poikkeavia

1. Potilas vastaa usein jo ennen kuin kysymykset ovat valmiita ja estää vastauksellaan toisten tekemiä kysymyksiä
2. Potilas ei usein jaksaisi jonossa tai odottaa vuoroaan peleissä tai ryhmissä
3. Potilas keskeyttää usein toiset tai on tunkeileva (esim. tunkeutuu toisten keskusteluihin ja peleihin)
4. Potilas puhuu usein liian paljon ottamatta huomioon tilanteen vaatimaa pidättyväisyyttä

Häiriö alkaa viimeistään 7 vuoden iässä. Kriteerien tulee täytyä useammassa kuin yhdessä tilanteessa, esimerkiksi sekä kotona että koulussa. Oireiden tulee aiheuttaa kliinisesti merkittävää ahdistusta tai sosiaalisten, opintoihin liittyvien tai ammatillisten toimintojen heikkenemistä. Nykykäsityksen mukaan potilaalla voi esiintyä ADHD:n kanssa samanaikaisesti maaninen jakso, depressiivinen jakso, ahdistuneisuushäiriö tai laaja-alainen kehityshäiriö. ADHD-diagnoosi voidaan asettaa, mikäli potilaan oireet eivät selity edellä mainituilla häiriöillä.

Taulukko pohjautuu ADHD:n Käypä hoito -suositukseen vastaavaan taulukkoon (1)

tyisen tärkeää on keskustella myös lapsen vahvuuksista – ei keskittyä pelkkiin vaikeuksiin.

Tehokkaaksi hoidoksi on havaittu käyttäytymishoito (1,2,4), jossa lapsen lähipiiriin aikuisia ohjataan vahvistamaan toivottua käyttäytymistä. Tällöin usein korostetaan positiivisen käyttäytymisen palkitsemista ja negatiivisen käyttäytymisen huomiotta jättämistä mahdollisuuksien mukaan.

Lasta tukevat toimet tulisi aloittaa päiväkodissa tai koulussa heti (1), kun vaikeuksia havaitaan. Diagnoosia ei pidä jäädä odottamaan. Koulussa on usein tarpeen vähentää virikkeitä, tarjota mahdollisimman rauhallinen työskentelytila ja riittävästi aikuisen tukea. Opetusta ja päivää on syytä jäsentää mahdollisimman paljon ja antaa mahdollisuus riittäviin taukoihin. Tuki on suunniteltava yksilöllisesti: joskus riittää yleinen tuki, toisinaan tarvitaan tehostettua tukea, ja joskus on haettava erityisen tuen päätös, jotta koulun resurssit riittävät.

Lastenpsykiatrin kommentit

Kun lapsen käyttäytymisestä, levottomuudesta tai tarkkaavuudesta herää huoli, kaupungissamme käynnistyy hoitoketjun mukaan ensin perustason interventio. Se tarkoittaa oppilashuollon, perustason kuntoutuspalvelujen tai perheneuvolan alkuselvittelyä, johon sisältyy arvio lapsen kognitiivisesta tasosta (esim. opettajan arvio, ei vielä tutkimusta). Lisäksi arvioidaan koulun tai esikoulun olosuhteet ja perhetilanne.

Jos taustalla arvioidaan olevan tarkkaavuushäiriö, järjestetään vanhemmille ja opettajalle (tarvittaessa muillekin tiiviisti lapsen kanssa toimiville aikuisille) perustasolla Käypä hoito -suosituksen mukainen psykoedukaatio (1) häiriöstä ja ohjataan tukitoimien käyttöön-ottoa arjessa. Tarvittaessa perhe ohjataan perhesosiaalityön piiriin.

Mikäli näistä toimista ei ole tarpeeksi apua, voidaan perustasolla tarjota ryhmämuotoista psykososiaalista hoitoa (kouluissa mm. tunnetaitoryhmiä, sosiaalisten taitojen ryhmiä ja perheneuvolassa

vanhemmuusryhmiä). Jos oireet ovat silti haittaavia, tulee perustasolla tehdä tarkempi psykologin tutkimus ja edelleen tehostaa tukitoimia sen perusteella.

Työntekijät voivat kaikissa vaiheissa konsultoida (puhelimitse, sähköpostilla) lastenpsykiatrista yksikköä, joka ohjaa tarvittaessa paikan päälle jalkautuen. Paikallisissa hoitopolussa ei tarvita lääkärin lähetettä, vaan hoitoon tullaan pelkästään yhteistyökumppanien (etenkin koulupsykologit) konsultaatioiden kautta. Lastenpsykiatrin yksikkö liittyy yleensä perustason tueksi, ja vain osa lapsista tulee yksikköön tiiviimpään hoitoon: ADHD-hoitoketjussa ne, jotka tarvitsevat lääkehoidon tai muun yksilöllisen hoidon tai liitännäissairauksien arviota. Vain kaikkein vaikeimmin oireilevat ohjataan HYKS lastenpsykiatrilalle.

Kyseessä oli varsin tyypillinen ADHD-potilas. Ennen kuin sopiva hoito löytyy, joudutaan usein kokeilemaan eri lääkevaihtoehtoja. Suomessa ensisijainen lääke on metyylifenidaatti (1). Lääkkeen valintaan vaikuttaa myös lääkemuo (kapseli, depottabletti jne.). Valmisteet eroavat toisistaan vaikutusajaltaan ja -profiililtaan, ja tarvittava annos on yksilöllinen. Verenpainetta ja pulssia seurataan viikoittain annosta titrattaessa.

Tavoitteena on riittävä hoitovaste ja arkielämään sopiva vaikutusprofiili. Lääkityksen vaikutuksen tulisi alkaa tarpeeksi nopeasti aamulla, eikä se saisi loppua liian aikaisin tai liian jyrkästi iltapäivällä. Vaikutus ei kuitenkaan saisi jatkua liian pitkään, koska metyylifenidaatti herkästi haittaa nukahtamista.

Potilaan perhetilanne oli vakaa, eikä taustalla ollut erityisiä sosiaalisia riskitekijöitä. Potilalle ei ollut ehtinyt kehittyä liitännäisoireita eikä pitkää negatiivisen palautteen kierrettä koulussa, koska asiaan oli puututtu varsin nopeasti.

Lastenpsykiatrisessa yksikössä tehdyn arvion ja hoitotoimenpiteiden jälkeen, kun tilanne oli vakautunut, lapsi siirtyi takaisin perustasolle lääkityksen seurantaan (koululääkäri ja terveydenhoitaja tai terveyskeskuksen lääkäri), mistä lääkäreillä on lääkitysasioissa suora kon-

sultaatiolinja yksikköme erikoislääkäreille.

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön hoito on kokonaisvaltaista (1) ja sisältää lääkityksen lisäksi psykologisia, kasvatuksellisia sekä sosiaalisia toimenpiteitä. Hoidon tavoitteena on hyvä hoitotasapaino ja sujuvampi arki – lääkehoito on vain jäävuoren huippu.

Hoidon tärkeimmät osa-alueet ovat säännöllinen arki (riittävä uni, ravinto, liikunta, aktiivisuuden ja levon hyvä suhde, ruutuaajan hallinta jne.) sekä tukitoimet kotona ja koulussa (esimerkiksi tauotus, pilkkominen, ärsykkeiden karsiminen, mahdollisuus liikkua, stressipallot tms., kuvallinen tuki, muistilistat sekä visuaalinen päivä- ja viikko-ohjelma). ●

Potilaan tunnistamisen mahdollistavia tietoja on muutettu.

MIRJAMI AALTONEN

LL, lastenpsykiatrian erikoislääkäri
Espoon kaupunki, lastenpsykiatrin yksikkö

ELINA WOLFORD

Pst, neuropsykologian erikoispsykologi
Hippo Terapiaklinikka, Helsinki

NINA KASEVA

LT, lastentautien erikoislääkäri
Pikkujätti lasten ja nuorten lääkäriasema ja THL, kansanterveyden edistäminen -yksikkö

KIRJALLISUUTTA

- 1 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologisen yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsykiatridistuksen ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö). Käypä hoito -suositus 2019 (viitattu 19.3.2020). www.kaypahoito.fi
- 2 Posner J, Polanczyk GV, Sonuga-Barke E. Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet 2020;395:450–62. doi: 10.1016/S0140-6736(19)33004-1. Epub 2020 Jan 23.
- 3 Willcutt EG, Pennington BF, Olson RK, Chhabildas N, Hulslander J. Neuropsychological analyses of comorbidity between reading disability and attention deficit hyperactivity disorder: in search of the common deficit. Dev Neuropsychol 2005;27:35–78.
- 4 Weckman H, Raevuori A, Laasonen M. Mindfulness-interventioiden vaikuttavuus lasten ja nuorten ADHD-oireisiin. Duodecim 2020;136:139–45.